

DIE BEDEUTUNG DER KRANKHEIT IM SUIZIDGESCHEHEN DES ALTERS

von

Johanna Elwitz

aus

Jössen / Minden

1977

1977 No 2 17

Aus der 2. Med. Klinik
der Städtischen Krankenanstalten Nürnberg
Vorstand: Professor Dr. R. Schubert †

DIE BEDEUTUNG DER KRANKHEIT IM SUIZIDGESCHEHEN DES ALTERS

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
dem Fachbereich Medizin
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg

vorgelegt
von
Johanna Elwitz
aus
Jössen / Minden

Gedruckt mit Erlaubnis des Fachbereichs Medizin
der Universität Erlangen-Nürnberg



Dekan: Prof. Dr. E. Rügheimer

Referent: Prof. Dr. U. Gessler

Korreferent: Prof. Dr. H.H. Wieck

Tag der mündlichen Prüfung: 14. Juni 1977

I N H A L T

Kapitel	Seite
Einleitung	1
I. Historischer Überblick über den Alterssuizid	3
II. Die Bedeutung des Alterssuizids im suizidalen Geschehen	9
III. Eigene Untersuchungen	16
1. Untersuchungsergebnisse	20
2. Bewertung der Ergebnisse	35
Schlußbetrachtung	45
Abbildungen	48
Literaturverzeichnis	50



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548225_0077

EINLEITUNG

Der Suizid ist keine Erscheinung unserer Zeit. In manchen Epochen als Problem verschwiegen, in anderen in seinem Für und Wider, in seiner Berechtigung oder Verwerflichkeit unter philosophischen, religiösen oder rechtlichen Gesichtspunkten dagegen öffentlich diskutiert, ist er weltweit und in fast allen Kulturen bekannt und geübt. Wir haben es also mit einem Problem der Menschheit überhaupt zu tun.

Der Suizid ist auch ein Phänomen des Lebewesens Mensch, das sich in allen Altersstufen der Menschheit findet.

Unsere Gesellschaft mit ihrer Ausrichtung auf Jugend, Lebensfreude und Glück nimmt vor allem Anteil am zunehmendem Selbstmord von Kindern und Jugendlichen und versucht auch der Problematik des Erwachsenenselbstmordes in ihrer Vielschichtigkeit auf verschiedene Art und Weise zu begegnen.

Die nicht minder große Tragik, die einen betagten und lebenserfahrenen alten Mitbürger in den selbstgewählten Tod treibt, wird nur allzu gerne verdrängt oder findet selten die ihr zustehende Beachtung.

Die Stellung des Suizids in der jeweiligen Kultur spiegelt sich wider in den Haltungen, die Philosophie, Religion und Staatsrecht dazu eingenommen haben. Der Alterssuizid nimmt hierbei schon immer eine Sonderstellung ein, und zwar in dem Sinne, daß er unter den Suiziden der verschiedenen Lebensalter am gelassensten bzw. gleichgültigsten hingenommen, am häufigsten gerecht-

fertigt, verziehen und in bestimmten Epochen sogar den Alten nahegelegt worden ist.

Eine große Bedeutung hatten in diesem Zusammenhang immer wieder die mit zunehmendem Alter sich häufenden Krankheiten und Leiden, welche eine wachsende Hilflosigkeit, Schwäche und schmerzhaftige Beeinträchtigung der Lebensfreude des alten Menschen bedingten.

Wir leben nun in einem modernen Staat mit einem ausgeprägten Sinn für soziale Leistungen, der auch und gerade dem alten Menschen heute beste medizinische Betreuung, ausreichende Rentenversicherung, Sozialwohnungen und moderne Altenheime bietet. Wieweit in diesem System sozialer Sicherungen die uns schon bekannten Gründe für den Suizid im Alter noch von Bedeutung sind, ob sie es überhaupt sind, welche an ihre Stelle getreten oder zusätzlich von Bedeutung sind, soll uns in der vorliegenden Arbeit beschäftigen.

KAPITEL I

HISTORISCHER ÜBERBLICK ÜBER DEN ALTERSSUIZID

Nur von einigen wenigen primitiven Stämmen wird berichtet, daß sie bis zu ihrem ersten Kontakt mit der Zivilisation keinen Selbstmord kannten (28); bei den meisten Völkern war er jedoch bekannt, und es gab auch schon für den primitiven Menschen eine ganze Reihe von Gründen, sich das Leben zu nehmen. Eine besonders große Rolle spielten dabei schwere Krankheiten und die Angst vor dem Alter (25).

Einen Akt der sozialen Rücksichtnahme stellte der Suizid altern-der und alter Menschen dar, die ihrem Stamm durch den freiwilligen Tod die Last eines gebrechlichen und hilfebedürftigen Mitgliedes ersparen wollten. Diese Motivation ist z. B. von einigen wohl in besonderer wirtschaftlicher Bedrängnis lebenden Eskimostämmen und auch von den Germanen bekannt (25, 11).

Krankheit und körperlicher Verfall spielten auch da als Suizidmotiv eine wesentliche Rolle, wo bei einigen primitiven Stämmen der Glaube an ein Leben im Jenseits bestand, und zwar an ein Leben in dem körperlichen und geistigen Zustand, wie er zum Zeitpunkt des Todes bestanden hatte. Um also im jenseitigen Leben in einem relativ kräftigen und dann dauerhaften Zustand zu sein, nahmen sich ältere Menschen das Leben, bevor es zu einem einschneidenden gesundheitlichen Verfall gekommen war (6).

Nicht auf das Alter beschränkt waren Suizidmotive wie Schande und Scham, Vergeltung und Rache, häusliche Spannungen sowie der Opferselbstmord und Sühneselbstmord (8). Die orientalischen Religionen standen von jeher, mit Ausnahme des Islam, dem Suizid

nachsichtig oder sogar ermutigend gegenüber (8).

Die Sitte der Witwenverbrennung, die bis in das 19. Jahrhundert hinein in hinduistisch geprägten Kulturen lebendig war und ein religiös und sozial hochangesehenes Verhalten darstellte, hatte dabei aber ihre Ursache in erster Linie in einem besonderen Verhältnis gegenüber Ehe und Familie, als daß Probleme der alternenden Frau eine Rolle spielten. Die Religion lehrte, daß der freiwillige Tod einen sicheren Zugang zum Himmel garantiere und daß die Ehefrau, die sich auf dem Grab ihres verstorbenen Mannes verbrenne, den Gatten von der Strafe für seine Sünden befreien und noch Segen über die zurückgebliebenen Angehörigen bringen könne (8).

Auch die sonstigen im Orient üblichen Suizidgründe, wie Zahlungsunfähigkeit, Niederlage im Krieg, das hara-kiri der Adligen als die Form der Selbsthinrichtung u.a. mehr, sind nicht typisch für das Alter, so daß es eine besondere Problematik des Alterssuizid im Orient wohl nicht gab (8).

Im Judentum mit seiner ihm innewohnenden Ehrfurcht vor dem Leben gab und gibt es für keine Altersstufe und keine Situation eine Rechtfertigung des Suizids, der sogar bestraft wurde. Lediglich der Selbstmord von Kindern und Geisteskranken wurde davon ausgenommen, während alle anderen Suizidanten von einem ehrenhaften rituellen Begräbnis ausgeschlossen wurden. Suizide, über die uns aus der jüdischen Geschichte berichtet wird, hatten ihre Ursache nicht in Krankheit oder Alter (8). Aus dem folgenden Zitat des mit Krankheit und Unglück geschlagenen Hiob wird sogar deutlich, daß Krankheit ausdrücklich nicht als Suizidmotiv in Frage kam:

Seine Frau sagt zu ihm: "Noch hältst du fest an deiner Frömmigkeit? Fluche Gott und stirb! Er aber sprach zu ihr: Wie eine der Törinnen redet, so willst du auch reden? Das Gute nehmen wir an von Gott, und das Böse sollten wir nicht annehmen?" (3).

Eine Zunahme der sonst unter Juden seltenen Suizide war nur gelegentlich während Höhepunkten von Verfolgungen zu verzeichnen, z.B. im Dritten Reich, wobei die Selbstmorde aber nicht durch Krankheit oder Alter bestimmt wurden (8).

Aus der Welt der Antike liegen uns zahlreiche Zeugnisse einer sehr lebhaften Auseinandersetzung mit dem Problem der Selbsttötung vor. Dichtung, Philosophie und Recht haben sich damit befaßt, nicht immer, aber häufig in billigender Richtung (8,10). Zu den gebräuchlichsten und anerkanntesten Billigungen für den Suizid zählten neben Verstümmelungen insbesondere unheilbare Krankheiten und sehr starke Schmerzen (8,10).

Während dies zwar überwiegend, jedoch nicht ausschließlich den Altersselbstmord betreffende Gründe waren, wurden auch die besonderen Umstände im Alter häufig zur Rechtfertigung für den Alterssuizid benutzt. So waren das Abnehmen der körperlichen und geistigen Kräfte, die Unfähigkeit manches alten Menschen zu noch natur- und vernunftgemäßer Tätigkeit besonders für die Stoiker Schreckensvorstellungen, die dem Leben alles Lebenswerte zu nehmen schienen. Der Suizid konnte für sie unter solchen Umständen geradezu zur Pflicht werden (10).

Auch in der Antike spielte beim Selbstmord der alten Menschen der Wunsch eine Rolle, der jüngeren Generation nicht zur Last

zu fallen. Ein eindrucksvolles Beispiel für den obrigkeitlich genehmigten, ja sogar geförderten Alterssuizid fand sich auf der griechischen Insel Keos. Dort bestand die Sitte, daß die hochbejahrten lebensmüden Leute sich wie zu einem festlichen Gastmahl mit bekränzten Häuption versammelten und -angeblich- fröhlich den Schierling tranken (10). Bei dem allmählich einsetzenden körperlichen und geistigen Siechtum und der Unmöglichkeit, dem Vaterland ferner nützliche Dienste zu leisten, wollten sie der jungen Generation nicht zur Last fallen und eine etwaige Überbevölkerung und Hungersnot durch ihren freiwilligen Tod verhüten.

Das Prinzip der Freiwilligkeit wurde allerdings dabei nicht so ganz eingehalten: der alte Mensch, der eigentlich noch gerne weiterleben wollte, wurde umgebracht. Das geschilderte Vorgehen war nach alter Sitte, aber wohl kaum aufgrund eines Gesetzes erlaubt (2). Im Gegensatz zu Philosophie und Dichtung wurde der Suizid in der griechischen und römischen Gesetzgebung meist abgelehnt, zwar nicht als Tötungsdelikt betrachtet, aber als Verletzung der Pflichten gegen die Gemeinschaft, wovon auch der Alterssuizid nicht ausgenommen wurde (10,20). Der Suizidversuch war nur bei römischen Soldaten strafbar; die Strafe dafür wurde gemildert, wenn unerträgliche Schmerzen, Lebensüberdruß, Krankheit, Raserei oder Scham als Gründe vorlagen (10,20).

In der Zeit des frühen Christentums und im Mittelalter gab es, nach einigem Schwanken älterer Kirchenväter (17,1), überhaupt keine Rechtfertigungen für den Suizid, auch nicht im Alter. Über die zahlenmäßige Häufigkeit des Selbstmordes im Mittelalter schreibt Cäsarius von Heisterbach um das Jahr 1200, daß das Teu-

felswerk des Selbstmordes nicht selten begangen werde (1). Auch wird berichtet, daß in Zeiten der Pest, Hungersnot und Teuerung die Selbsttötungen gewaltig zugenommen hätten (1). Eine hohe Dunkelziffer an Suiziden ist für das Mittelalter wie für alle Epochen und Staatsformen, in denen der Suizid verfehmt war, nicht auszuschließen.

Im Zeitalter der Renaissance (16.Jahrhundert) führt die Wiederentdeckung der griechisch-römischen Kultur und Philosophie zu erneuter Rechtfertigung des Suizids; so erlaubt Thomas Morus in seinem Buch "Utopia" unheilbar Kranken den Selbstmord, wenn sie vorher die Zustimmung der Priester und des Magistrates erhalten haben, ein Verfahren, das es auch im alten Athen gegeben hat (1,19).

Die Zeit der Aufklärung im 18. Jahrhundert legt die Maßstäbe der Vollendung des Menschen im Diesseits und die seiner sozialen Pflichten auch an die Frage des Suizids an (1,8). Alte und Kranke sind wohl besonders betroffen, wenn z. B. Rousseau den Selbstmord dann befürwortet, wenn das Leben subjektiv als Übel empfunden werde und objektiv keine Pflichten gegenüber anderen Menschen mehr zu erfüllen seien (1).

Die Dichtung des ausgehenden 18.Jahrhunderts steht dem Suizid teilweise recht offen gegenüber und ebenso Literatur und Gesellschaft des 19.Jahrhunderts (1). Die Begründungen sind hier aber nicht speziell auf das Alter ausgerichtet.

Nachdem bis in die 20-er Jahre des 19.Jahrhunderts die Beschäftigung mit dem Suizid eine Domäne von Philosophen, Dichtern, Kirchenlehrern und Juristen gewesen war, kam es im weiteren zur sy-

stematischen wissenschaftlichen Erforschung des Selbstmordproblems. Die meisten europäischen Staaten begannen Selbstmordstatistiken zu führen. Psychiater, Soziologen und sogar Anatomen versuchten, die Persönlichkeiten von Suizidanten und die tieferen Ursachen der Suizidhandlung zu ergründen. Schon in den frühen Zeiten der Suizidforschung fiel auf, daß der Selbstmord mit zunehmendem Lebensalter immer häufiger wurde (9). Zu einer besonders intensiven Erforschung des Alterssuizids ist es aber erst in unserem Jahrhundert gekommen. Auf die Ergebnisse dieser Untersuchungen wird im Folgenden eingegangen.

KAPITEL II

DIE BEDEUTUNG DES ALTERSSUIZIDS IM SUIZIDALEN GESCHEHEN

Eine fast unübersehbare Fülle von Arbeiten, von kleineren Publikationen bis hin zu großen Abhandlungen befassen sich mit dem Problem des Selbstmords. Mediziner, darunter vor allem Neurologen und Psychiater, Philosophen, Kirchenlehrer und zunehmend auch Psychologen und Soziologen beschäftigten und beschäftigen sich mit Ursachen und Motiven suizidaler Handlungen.

Während in einer Dissertation aus dem Jahr 1955 noch mit Bedauern darauf hingewiesen wird, wie sehr dabei der Sonderfall des Alterssuizids durch die wissenschaftliche Forschung vernachlässigt werde (21), so ist in den Arbeiten der jüngeren Zeit eher ein lebhaftes Interesse daran festzustellen (4,14,24,26).

Dieses ist umso mehr erforderlich, als beim Vergleich von Selbstmordzahlen aus früheren Jahren und denen aus jetziger Zeit sich erkennen läßt, daß eigentlich schon immer im Verhältnis mehr alte Menschen Suizid begangen haben als jüngere, d.h. daß die Problematik des Suizids im Alter keineswegs etwas Neues ist (Tab.1).

	unter 60 Jahre	über 60 Jahre
1910	18,7	68,6
1925	20,9	50,5
1968	25,4	62,6

Tab.1: Selbstmordziffern (auf 100.000) in Nürnberg

Für die Stadt Nürnberg sieht das beispielsweise so aus:

Die Suizidziffern aller Altersstufen lagen im Laufe dieses Jahrhunderts bei 18-25, in der gleichen Zeit betrugen sie bei den über 60-jährigen Mitbürgern aber 50-68.

In Absolutzahlen ausgedrückt heißt das z. B. für das Jahr 1968, daß der Anteil der über 60-jährigen am vollendeten Suizid 53,3 % betrug, obwohl sie nur 21,9 % der Gesamtbevölkerung ausmachten. Beim Suizidversuch dagegen findet sich nach wie vor ein ganz anderes Verhältnis; hier überwiegen deutlich die jüngeren Patienten (4,26). Nach langjährigen Berechnungen z.B. für den Nürnberger Raum sind über 60-jährige nur mit 13,1 % an den Suizidversuchen beteiligt (27). Nicht zuletzt an dem überdurchschnittlich hohen Anteil über 60-jähriger Menschen an vollendeten Suiziden und ihrem geringen Anteil an den Suizidversuchen wird die hohe Ernsthaftigkeit der Suizidhandlungen alter Menschen deutlich. Sie wird in der Literatur übereinstimmend beschrieben und mit 80-85 % aller Suizidversuche im Alter angegeben (12,14,18), während nur 25-50 % der SV aller Altersstufen als ernsthaft gewertet werden konnten (13,16,23).

Die höhere Letalität von Suizidhandlungen im Alter ist nicht in der Wahl brutalerer Methoden oder der Einnahme größerer Giftdosen begründet. Wie u.a. langjährige Untersuchungen an der zentralen toxikologischen Abteilung am Nürnberger Krankenhaus gezeigt haben, verwendeten von den unter 60-jährigen in dieser Zeit 26,0 % Arzneimittel für die Selbsttötung, während es bei den über 60-jährigen 40,7 % waren, die diese im Vergleich zu den gewaltsamen Suizidmethoden ungefährlicheren Mittel und dazu

noch in viel geringerer Dosis wählen (23). Gefährlich dagegen wirkt sich für den älteren Suizidanten seine häufige soziale Isolierung aus: Die sich entwickelnde suizidale Tendenz kann von der Umwelt schlecht erkannt, der SV nicht verhindert werden, und es kommt weniger häufig zur rechtzeitigen Einleitung von Rettungsmaßnahmen. Außerdem ist das Leben des älteren Menschen im Zusammenhang mit suizidalen Handlungen zusätzlich durch eine größere Komplikationsrate bedroht, hervorgerufen durch altersbedingte Organveränderungen und die Multimorbidität (18,27).

Die hohe Ernsthaftigkeit der SV im Alter hat ihre Ursache in der unterschiedlichen Problematik und der andersartigen Motivation. Während bei SV jüngerer Menschen kurzschlüssige Erlebnisreaktionen mit einer teilweise recht oberflächlichen Problematik partnerschaftlicher und familiärer Art vorherrschen, stehen bei SV der Alten langdauernde Krankheiten, Vereinsamung und Gefühle der Hilf- und Nutzlosigkeit als Motive im Vordergrund (18,27). Während beim jüngeren Suizidanten dem Appellcharakter im Suizidversuch besondere Bedeutung zukommt, ist er beim alten Menschen mehr ein verzweifelter Schlußstrich unter eine ihm ausweglos erscheinende Lebenssituation.

Die Tatsache der großen Ernsthaftigkeit der SV im Alter berechtigt daher, Ergebnisse der Suizidforschung dieser Altersgruppe auf den SV zu übertragen und umgekehrt. Dafür sprechen auch die Ergebnisse der Motiv- und Ursachenforschung, die für den Suizid und SV gerade beim alten Menschen nahezu identisch sind (12,14,24).

Über neuere Ergebnisse aus der Literatur über die Motivforschung beim Selbstmord älterer Menschen auch im Vergleich zu jüngeren

Suizidanten wird im folgenden kurz berichtet.

B u r s t o n untersuchte von 1966-68 33 Patienten mit einem SV, die über 60 Jahre alt waren (7). Er fand, daß bei 45 % eine reaktive Depression durch verschiedene Konfliktsituationen ausschlaggebend für den SV gewesen war. Bei 25 % der Patienten spielte eine körperliche Krankheit die entscheidende Rolle, bei 20 % Einsamkeit. Aus einer schottischen Untersuchung aus den Jahren 1950-52, die von B a t c h e l o r und N a p i e r an 40 über 60-jährigen Patienten mit SV durchgeführt wurde, ging Einsamkeit als wesentlichste Suizidursache bei den alten Menschen hervor (2). Bei 60 % der Patienten stand sie im Vordergrund. Bei 45 % der Untersuchten spielten körperliche Krankheiten die entscheidende Rolle für die suizidale Handlung. Weitere Gründe für den SV waren bei dieser Patientengruppe Identifikation mit einem Verstorbenen, finanzielle Probleme und Pensionierung.

K r a a s und seine Mitarbeiter (18) gelangten bei der Untersuchung von 59 über 60-jährigen Patienten mit Suizid oder SV aus den Jahren 1966-69 zu folgenden Erkenntnissen über die Motive von Suizidhandlungen älterer Menschen:

Familiäre Konflikte spielten bei 39 % der Patienten, Vereinsamung bei 30,5 % die entscheidende Rolle. Bei 25,5 % der Untersuchten war eine körperliche Krankheit ausschlaggebend für den Suizidentschluß gewesen, wobei es sich um gesicherte Malignome und chronische Schmerzen gehandelt hatte.

Finanzielle Sorgen stellten sich bei 10 % der Patienten als Suizidmotiv heraus.

H e d r i wertete die Protokolle von 80 über 65-jährigen Sui-

zidanten aus den Jahren 1961-65 aus (14). Er nahm absichtlich keine Angabe der Motive nach Prozentualen Anteilen vor, sondern beabsichtigte in seiner Arbeit, die Problematik des Altersuizids an Einzelbeispielen zu verdeutlichen. Jedoch geht aus seiner Untersuchung hervor, daß bei den männlichen Suizidanten Krankheiten an erster, bei den weiblichen an zweiter Stelle der Ursachen standen. Bei den Frauen nahmen Psychosen, besonders die Altersdepressionen, die erste Stelle ein.

Die übrigen von Hedri gefundenen Suizidgründe bei den Alten waren Vereinsamung, in erster Linie durch den Tod des Ehepartners, Untätigkeit als Folge von Krankheit oder Pensionierung, Wohnungswechsel und Alkohol mit den durch seinen Mißbrauch entstandenen Schwierigkeiten.

B ö c k e r stellt das große Gewicht somatisch bedingter psychischer Störungen im Alter¹ heraus (5). Er beschreibt ihr Vorhandensein bei 55 % der älteren Patienten mit SV, während es im allgemeinen nur 3-4 % sind. Böcker nimmt als ihre Ursache solche Leiden an, die mit einer zerebralen Hypoxidose einhergehen, wie z.B. Herz- und Kreislauferkrankungen, Hochdruckleiden, Emphysembreuchitis und Hirnarteriosklerose. Die Bedeutung dieser körperlich bedingten seelischen Störungen besteht nach Böcker darin, daß sie menschliche Kontakte erschweren und die Toleranz gegenüber Konfliktsituationen erheblich einengen.

An typischen Konfliktsituationen, die im höheren Lebensalter relativ häufig zu suizidalen Konsequenzen führen, fand Böcker bei seinen suizidalen Patienten in ca. 40 % Konflikte im familiären und partnerschaftlichen Bereich, in 20 % Vereinsamung und in ca. 15 % verschiedene soziale Konflikte wie Pensionierung und Wohnungswechsel.

Das uns besonders interessierende Motiv der Krankheit fand Böcker bei 18 % der alten Patienten, wobei Erkrankungen des Bewegungsapparates, der Atmungsorgane und des Herzens mit starker Beeinträchtigung des Lebensgefühls überwogen.

Vergleichen wir die Motive für den Suizid im Alter, wie sie aus der angeführten Literatur ersichtlich sind, mit denen bei Suizidversuchen unter 60-jähriger, wie sie sich bei 456 Vergiftungsfällen auf der toxikologischen Abteilung unseres Krankenhauses in den Jahren 1970-75 herausgestellt haben (27), so lassen sich bedeutende Unterschiede in der Motivation bei den verschiedenen Altersgruppen aufzeigen (Tab.2).

Motive	unter 60 Jahre	über 60 Jahre
Einsamkeit		
Wohnungssorgen	2,4 %	20-60 %
Krankheiten	-	25-50 %
Familiäre Konflikte	43,5 %	25-40 %
Psychosen	5,2 %	10-30 %
Liebeskummer, Eifersucht	29,3 %	-
Finanzielle oder berufl. Schwierigkeiten	7,5 %	8-10 %
Pensionierung	-	5- 8 %

Tab. 2: Häufige Suizidmotive in den Altersgruppen
unter und über 60 Jahren
(nach J-D Summa u. J. Füsgen)

Die häufigsten Probleme der älteren Suizidanten - Vereinsamung und Krankheiten - sind bei den jüngeren kaum bzw. gar nicht vorhanden.

Familiäre Konflikte spielen bei beiden Gruppen eine etwa gleich große Rolle als Suizidmotiv. Liebeskummer und Eifersucht kommen bei den Alten nicht als Motiv vor, hingegen bei fast 30 % der jüngeren Suizidanten.

Aufgrund der ganz andersartigen Motivation des Alterssuizids, nämlich seiner deutlich weniger reaktiven, kurzschlüssigen, sondern langfristig sich anbahnenden Problematik stellt sich die Frage, ob evtl. gerade in dieser Tatsache der Ansatzpunkt für eine günstigere Prophylaxe zu sehen ist.

Da Krankheiten eine ganz wesentliche Rolle im Rahmen dieser langfristigen Problematik älterer Suizidpatienten spielen, sollen im Folgenden die Besonderheit der mit zunehmendem Alter sich einstellenden Organveränderungen und die damit verbundene Hilflosigkeit und ihre Bedeutung für den Alterssuizid untersucht werden. Dabei soll letzten Endes auch die Frage erörtert werden, ob möglicherweise durch angemessene prophylaktische Maßnahmen die Suizidrate des Alters günstig beeinflusst werden könnte.

KAPITEL III

EIGENE UNTERSUCHUNGEN

Ausgehend von der Tatsache, daß gerade bei alten Menschen eine hohe Ernsthaftigkeit beim SV vorliegt (12,14) und daher Untersuchungsergebnisse, die an Suizidversuchen gewonnen werden, weitgehend auch auf vollende Suizide älterer Menschen übertragen werden können, haben wir unsere Untersuchung über die Bedeutung der Krankheit im suizidalen Geschehen des höheren Lebensalters an Patienten der toxikologischen Abteilung des Nürnberger Krankenhauses durchgeführt. Auf diese Abteilung werden alle Patienten mit suizidalen Vergiftungen aus dem Stadtgebiet (500.000 Einwohner) eingeliefert.

Suizidale Vergiftungen machen bekanntlich über 80 % aller SV aus (4), so daß wir annehmen können, in unserer Klinik einen repräsentativen Anteil aller Patienten mit einem Selbstmordversuch in dem entsprechenden Untersuchungszeitraum erfaßt zu haben. Wir haben für unsere Untersuchung zwei Patientengruppen gewählt. Bei der einen Gruppe handelte es sich um 189 über 60-jährige Patienten mit einem SV, die in den Jahren 1975 und 1976 auf der toxikologischen Abteilung zur Behandlung kamen, bei der anderen um eine ausgewählte Gruppe von 300 über 60-jährigen Patienten allgemein-interner Stationen der Nürnberger Krankenanstalten, die wegen verschiedenster internistischer Erkrankungen im Jahre 1976 in stationärer Behandlung waren. Diese beiden Patienten-

gruppen wurden gewählt, um Unterschiede zwischen Suizidpatienten und allgemein-internen Patienten, bei denen Multimorbidität und die dadurch bedingte Problematik sicher eine im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung dieses Alters wesentlichere Rolle spielen, hinsichtlich Krankheitshäufigkeit, Krankheitsdauer bzw. Krankheitsbewertung aufzuzeigen.

Aus den 300 Nicht-Suizidanten ließ sich eine besondere Gruppe von Patienten aussondern, bei der ernstzunehmende suizidale Gedanken bestanden oder vor nicht allzu langer Zeit bestanden hatten. Das Verhältnis zwischen Männern und Frauen in den sich auf diese Weise ergebenden drei Patientengruppen (Suizidpatienten und Vergleichspatienten mit zwei Untergruppen) ist aus Abbildung 1, das Durchschnittsalter aus Tabelle 3 zu ersehen.

	Männer	Frauen
Suizidversuche	70,1	69,8
mit suizid. Gedanken		mit suizid. Ged.
	71,4	72,7
Vergleichsgruppe		
ohne suizid. Gedanken		ohne suizid. Ged.
	71,7	72,7

Tab. 3: Durchschnittsalter der Patientengruppen (in Jahren)

Alle Patienten wurden im Rahmen ihrer stationären Behandlung eingehend internistisch untersucht.

Unsere speziellen Untersuchungen haben wir anhand eines umfang-

reichen Fragebogens durchgeführt, der 132 Fragen enthielt und mit allen Patienten in gleicher Weise durchgearbeitet wurde. Im ersten Teil dieses Fragebogens wurden verschiedene Daten zur Person, wie Alter, Geschlecht, Konfession, Beruf, derzeitige Erwerbstätigkeit und Wohnverhältnisse erfaßt. Im zweiten Teil ging es um Sozialentwicklung und Sozialstatus des Befragten, wobei besonderer Wert auf den schulischen und beruflichen Werdegang, den Grad der Zufriedenheit im Beruf und die finanzielle Situation des Patienten gelegt wurde.

Der dritte Teil hatte die psychosoziale Entwicklung und den Status zum Inhalt. Wir erfragten detailliert die Familienverhältnisse während Kindheit und Jugend unter besonderer Berücksichtigung von familiären und ehelichen Belastungen im Elternhaus. Weiter wurde versucht, familiäre und Umweltkontakte im Laufe des Lebens und den jetzigen Zustand dieser Kontakte zu erfassen, wozu auch Heiraten, Scheidungen und eheliche Zerwürfnisse gezählt wurden. Im vierten Teil des Fragebogens ging es um die Krankheitsgeschichte des Patienten, wobei nach organischen und funktionellen Krankheiten getrennt wurde. Es wurde versucht, Art, Häufigkeit und Intensität der einzelnen Leiden sowie den Grad der durch sie bedingten Hilfsbedürftigkeit aufzuzeigen.

Im 5. Kapitel wurden der SV in seiner gesamten Problematik und die Ursache der suizidalen Gedanken in der Vergleichsgruppe erfragt. Bei der Frage der Basisprobleme der Patienten legten wir besonderen Wert darauf, die Rolle der Krankheit im suizidalen Geschehen zu erfassen. Von Interesse war, inwieweit Krankheiten alleine oder im Zusammenhang mit anderen Faktoren eine wesent-

liche Rolle für das Entstehen suizidaler Handlungen bzw. Gedanken gespielt hatten und welchen Krankheiten oder Störungen eine besondere Bedeutung zugekommen war.

Die Ergebnisse der Untersuchung sind im folgenden Absatz dargestellt.

UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE

Die Frage nach der Multimorbidität unserer Patientengruppe mit SV und der ausgewählten Vergleichsgruppe ergab folgende Krankheitshäufigkeit:

	Suizidversuche		Vergleichsgruppe			
	Männer	Frauen	mit suizid. Ged.		ohne suizid. Gedanken	
	n= 75	n= 114	Männer n= 28	Frauen n= 40	Männer n= 106	Frauen n= 126
Herzinsuffizienz	16,1	15,8	49,8	45,1	56,6	44,4
Diabetes mellitus	12,2	23,7	14,3	35,2	20,7	46,0
Arteriosklerose	20,3	34,2	64,2	30,1	43,4	25,4
Hypertonie	8,7	10,5	21,4	45,0	17,0	34,9
Varikosis	8,8	9,3	7,1	44,7	9,4	36,5
Bronchitis	8,5	1-3	21,2	10,1	37,7	12,6
Arthrosen	24,1	31,6	14,2	44,8	9,4	29,2
Harnwegsinfekte	4,8	2,8	8,1	20,2	15,1	19,0
Karzinome	1-3	5,6	21,1	10,3	11,3	15,9
Angina pectoris	8,9	10,4	21,2	10,1	17,1	6,3
Lungenemphysem	12,1	10,9	42,8	15,2	17,0	14,8
Arrhythmia cordis	4,3	3,8	2,9	14,8	3,8	12,7
Apoplex	1-3	5,3	14,2	9,9	15,2	7,9
Herzinfarkt	9,1	1-3	7,0	1-3	17,2	4,8
Lebercirrhose	8,3	1-3	14,4	1-3	3,8	1-3
Cholelithiasis	1-3	2,8	1-3	14,8	1-3	15,8
Struma	1-3	1-3	1-3	18,7	1-3	11,1
Psychosen	8,6	18,4	3,1	3,8	1-3	3,6

Tab. 4: Die häufigsten Krankheiten in den Patientengruppen (in %)

Die Multimorbidität der Patientengruppe ohne SV bzw. ohne suizidale Gedanken stimmt hierbei im wesentlichen überein mit derjenigen, die von Schubert und Lindner in einer Stichprobe von 818 über 60-jährigen Patienten gefunden wurde (22).

Die Krankheitshäufigkeit der Patienten mit SV hingegen zeigt einige wesentliche Unterschiede gegenüber den nichtsuizidalen Patienten, wobei insbesondere die größere Häufigkeit von Arthrosen und erwartungsgemäß von Psychosen auffällt.

Neben der Diagnose Psychose wurden noch weitere psychopathologische Auffälligkeiten bei den einzelnen Patienten festgestellt (Tab. 5).

Diagnose	Suizidversuche				Vergleichsgruppe			
			mit suizid. Ged.		ohne suizid. Gedanken			
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Psychose	8,6 %	17,5 %	-	-	-			1,6 %
Depressions- neigung	47,8 %	47,5 %	14,3 %	35,1 %	7,7 %		14,3 %	
Introversion, Aggressions- neigung, emotionale Labilität	21,5 %	17,7 %	28,5 %	5,2 %	11,3 %		4,8 %	
Unauffällig	22,1 %	17,3 %	57,4 %	59,7 %	81,0 %		79,3 %	

Tab. 5: Psychiatrische Diagnosen

Diese psychopathologischen Diagnosen wurden durch psychiatrische Untersuchung bzw. anhand des Freiburger Persönlichkeitstestbogens gestellt.

Neben der Häufigkeitsverteilung der Krankheiten in den einzelnen Gruppen wurde die Anzahl der Erkrankungen bei den einzelnen Patienten festgestellt. Die Durchschnittswerte dafür finden sich in Abbildung 3. Die nahezu dreimal so große durchschnittliche Anzahl von Erkrankungen pro Patient in der Gruppe ohne SV gegenüber den übrigen Gruppen entspricht der erwartungsgemäß hohen Multimorbidität der Personengruppe von den allgemein-internen Stationen. Die geringe Anzahl von gleichzeitig bestehenden Krankheiten bei den Patienten mit SV dagegen legt die Vermutung nahe, daß, wenn nicht bezüglich der Anzahl der Krankheiten, so möglicherweise bezüglich des Schweregrades eine besondere Belastung der Suizidpatienten vorliegen könnte.

Aus diesem Grund wurde versucht, den Schweregrad der festgestellten Krankheiten anhand verschiedener Kriterien, wie Anteil chronisch-schmerzhafter Erkrankungen, unmittelbare Lebensgefährlichkeit der einzelnen Krankheiten, Ausmaß der krankheitsbedingten Hilflosigkeit sowie Anzahl der Krankenhausaufenthalte zu erfassen.

Als chronisch-schmerzhafte Erkrankungen wurden bei allen Patientengruppen gleich Krankheiten wie fortgeschrittene Karzinome, schwere Formen von Angina pectoris, ausgeprägte periphere Durchblutungsstörungen, chronische Ulkusleiden und ernsthafte Krankheiten des Bewegungsapparates eingestuft. Der Anteil der entsprechenden Krankheiten ist aus Tabelle 6 ersichtlich.

	Männer n= 75	Frauen n = 114
Suizidversuche	17,5 %	23,2 %
	n= 28	n = 40
mit Suizidgedanken		
	12,6 %	14,2 %
Vergleichsgruppe		
	n= 106	n = 126
ohne Suizidgedanken		
	10,7 %	11,0 %

Tab. 6: Der Anteil chronisch-schmerzhafter Krankheiten

Die unmittelbare Lebensgefährlichkeit der Erkrankungen wurde dadurch versucht zu objektivieren, daß zu ihrer Beurteilung Krankheiten wie fortgeschrittene Karzinome, schwere dekompensierte Herzinsuffizienz, Myokardinfarkte, Apoplexien oder schwere Herzrhythmusstörungen herangezogen wurden. Der prozentuale Anteil an unmittelbar lebensgefährlichen Erkrankungen lag bei allen männlichen Untersuchten bei etwa 33 %, bei allen weiblichen bei etwa 25 %; wesentliche Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen bestanden nicht.

Das Ergebnis der Untersuchung hinsichtlich der Hilfsbedürftigkeit der Patienten in den verschiedenen Gruppen ist in Tab. 7 dargestellt und weist bei den Patienten mit SV geringere Hilfslosigkeit auf als in den anderen Gruppen.

	Männer	Frauen
Suizidversuch	21,7 %	27,5 %
mit Suizidgedanken		
	51,2 %	64,8 %
Vergleichsgruppe		
ohne Suizidgedanken		
	58,5 %	36,5 %

Tab. 7: Hilfsbedürftigkeit in den einzelnen Patientengruppen

Zur Beurteilung der Anzahl der Krankenhausaufenthalte im Leben der einzelnen Patientengruppen wurden allgemeine Fachrichtungen und psychiatrische Behandlungen getrennt. Während bei Krankenhausaufenthalten, die durch organische Erkrankungen bedingt waren, bei den einzelnen Gruppen keine wesentlichen Unterschiede festzustellen waren, war die Anzahl der stationären psychiatrischen Behandlungen bei den Suizidpatienten entsprechend dem höheren Anteil an Psychosen am größten. (Tab. 8).

Allgemeine Fachrichtungen				Psychiatrie			
nie		1-3 x		mehr als 3 x			
Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
n= 75	n= 114						
Suizid-							
versuche	16,1%	7,9%	46 %	73,7%	28,1 %	18,4 %	24,2 %
mit Suizidgedanken							
n= 28	n= 40						
Vergleichs-	-	50,1%	55,2%	49,9 %	44,8 %	21,4 %	10,3 %
Gruppe							
ohne Suizidgedanken							
n=106	n= 126						
-	-	73,5%	67,1%	26,4 %	34,9 %	5,7 %	6,3 %

Tab. 8: Anzahl der Krankenhausaufenthalte

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß der Schweregrad der Erkrankungen bei den Patienten mit SV lediglich in Bezug auf den Anteil chronisch-schmerzhafter Erkrankungen größer war als in den anderen Gruppen, während krankheitsbedingte Hilflosigkeit und unmittelbare Lebensgefährlichkeit bei den Suizidpatienten sogar geringfügiger oder aber von gleichem Ausmaß waren wie bei den übrigen Patienten.

Welche Bedeutung nun Krankheit bzw. Multimorbidität im suizidalen Geschehen haben, läßt sich nur dann ermessen, wenn der unmittelbare Zusammenhang zwischen Krankheit bzw. Multimorbidität und Suizid aufgezeigt wird. In Tabelle 9 ist die Bedeutung der Krankheit im suizidalen Geschehen verdeutlicht, indem unterschieden wurde, wo sie als alleiniges Motiv oder Motiv unter anderen bzw. wo sie bei Suizidversuchen und -gedanken überhaupt keine Rolle gespielt hat.

Krankheit als	alleiniges Suizidmotiv	Motiv u.a.	Krankheit spielt keine Rolle
	n= 48	n= 85	n= 124
Arthrosen	50,1 %	48,7 %	18,6 %
Angina pectoris	33,2 %	10,3 %	5,4 %
Psychosen	16,2 %	5,2 %	13,5 %
Karzinome	15,8 %	5,1 %	4,8 %
Arterio- sklerose	15,4 %	35,1 %	27,2 %
Herzinsuf- fizienz	14,9 %	25,2 %	10,8 %
Diabetes mellitus	14,8 %	20,3 %	18,5 %
Lungen- emphysem	14,7 %	11,4 %	16,2 %
Bronchitis	14,5 %	6,2 %	8,7 %
Apoplexie	unter 5 %	unter 5 %	unter 5 %
Harnwegs- infekt	"	"	"
Leberzirrhose"	"	"	"

Tab.9: Multimorbidität der Patienten mit Suizidversuchen

und -gedanken nach der Rolle der Krankheit als Motiv

In der Häufigkeitsverteilung kommt es hierbei zu einer deutlichen Verlagerung der chronisch-schmerzhaften Krankheiten, die ihre Höchstwerte in der Patientengruppe erreichen, die Krankheit als einziges Suizidmotiv angegeben hat.

Bekanntlich spielen im suizidalen Geschehen funktionelle Störungen eine nicht unerhebliche Rolle. Zur Klärung der Frage, inwieweit derartige Störungen häufiger bei Patienten mit SV und bei suizidgefährdeten Menschen auftreten, als bei Vergleichspatienten, wurde die Häufigkeit von Schlaflosigkeit, Nervosität, Angstzuständen, Kopfschmerzen und Störungen des Bewegungsapparates in den einzelnen Gruppen erfaßt. Störungen wurden nur berücksichtigt, wenn im Rahmen der klinischen Untersuchung kein entsprechender organischer Befund erhoben werden konnte. Wegen der bei

den echten Psychosen überdurchschnittlichen Häufung funktioneller Störungen haben wir zwischen psychotischen und nicht-psychotischen Patienten unterschieden.

	Suizidversuche		Vergleichsgruppe			
	Männer n= 75	Frauen n= 114	mit suizid. Ged. Männer n= 28	Frauen n= 40	ohne suizid. Gedanken Männer n= 106	Frauen n= 126
Schlaflosigkeit	56,5	64,5	35,7	52,6	20,7	30,1
Nervosität	26,1	41,9	42,8	26,3	3,8	9,5
Angstzustände	4,3	38,7	7,2	-	1,9	-
Kopfschmerzen	17,4	25,8	28,6	31,6	11,3	23,8
Störungen des Bewegungsapparates	17,3	25,5	7,2	5,3	5,7	9,5

Tab. 10: Die vegetativen Störungen der Patienten ohne Psychosen
(in %)

	Suizidversuche	
	Männer	Frauen
Schlaflosigkeit	92,3 %	57,2 %
Nervosität	94,8 %	44,8 %
Angstzustände	90,7 %	57,9 %
Kopfschmerzen	-	28,6 %
Störungen des Bewegungsapparates	-	14,7 %

Tab. 11: Die vegetativen Störungen der Patienten mit Psychosen

Eine deutliche Anhäufung funktioneller Störungen ergibt sich in den Patientengruppen mit SV und mit suizidalen Gedanken. Bei den nichtpsychotischen Patienten sind Schlaflosigkeit und Nervosität, bei denen mit Psychosen zusätzlich Angstzustände besonders ausgeprägt. Die Frage nach der Dauer der Störungen ergab keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Patientengruppen. Bei jeweils ungefähr 65 % der Patienten bestanden sie schon länger als 10 Jahre, bei den übrigen unterschiedliche kürzere Zeiträume. Bei der durchschnittlichen Anzahl vegetativer Störungen ergibt sich im Vergleich zu echten organischen Krankheiten ein signifikanter Unterschied dahingehend, daß bei den Patienten mit Selbstmordversuchen und -gedanken, besonders ausgeprägt bei weiblichen Patienten, die durchschnittliche Anzahl der Störungen 2-3 mal so hoch ist, wie bei den übrigen Patienten (Tab.12).

	Männer	Frauen
Suizidversuche	1,54	2,34
mit Suizidgedanken	1,28	1,37
Vergleichsgruppe		
ohne Suizidgedanken	0,49	0,79

Tab.12: Durchschnittliche Anzahl vegetativer Störungen bei Patienten ohne Psychosen

Die Bedeutung der funktionellen Beschwerden in den Patientengruppen mit Suizidversuchen und -gedanken zeigt sich auch in der Häufigkeit, mit der Schmerz-, Beruhigungs- und Schlafmittel gebraucht werden (Tab.13).

	Männer	Frauen
Suizidversuche	45,0 %	68,4 %
mit Suizidgedanken	45,7 %	50,1 %
Vergleichsgruppe		
ohne Suizidgedanken	17,0 %	33,3 %

Tab. 13: Gebrauch von Schmerz-, Beruhigungs- und Schlafmitteln

Bisher wurde festgestellt, daß die Patienten mit Selbstmordversuchen organisch deutlich weniger krank sind als die Vergleichspatienten, wobei dies dem Ergebnis entspricht, das bei einer früheren Untersuchung von nahezu 2.000 Patienten an unserer Klinik gewonnen wurde (15). Auch der Schweregrad der Erkrankungen der Suizidpatienten war bis auf das Kriterium der Schmerzhaftigkeit nicht größer als bei den übrigen Patienten. Im Gegensatz zu diesen Feststellungen spielt die Krankheit als ein Problem doch eine erhebliche Rolle beim Suizidversuch bzw. bei dem Entstehen suizidaler Gedanken (Tab.14).

	Männer	Frauen
Suizidversuch	40,1 %	42,2 %
Suizidgedanken	64,3 %	70,1 %

Tab. 14: Krankheit als ein Basisproblem

Die Angaben für den SV entsprechen denen, die wir in der Literatur für die Krankheit als Suizidmotiv im Alter gefunden haben (7,14,18). Auffallend ist die Tatsache, daß bei den Patienten mit Suizidgedanken der Krankheit eine größere Bedeutung zukommt

als bei denen mit Suizidversuchen. Das tatsächliche Gewicht, das die Krankheit bei der Suizidhandlung hat, läßt sich erst dann ermitteln, wenn man feststellt, wo die Krankheit als alleiniges Suizidmotiv bestehen bleibt. (Abb. 2). Hier zeigt sich nun folgendes: Während bei 50 % der weiblichen und sogar 88,9 % der männlichen Patienten mit Suizidgedanken, für die Krankheit von Bedeutung war, diese die Rolle des einzigen Motivs spielte, war dies nur noch bei 18,7 % bzw. bei 30 % der entsprechenden Patienten mit einem Selbstmordversuch der Fall. Während also in den Gedanken die Krankheit in einem hohen Prozentsatz die Rolle des einzigen und ausreichenden Problems spielt, tritt sie in ihrer Bedeutung bei den Suizidversuchen doch stark in den Hintergrund. Die Krankheiten, die als einziges Motiv für den SV des alten Menschen in Frage kommen, sind nachstehend genannt:

Arthrosen	33,4 %
Angina pectoris	16,9 %
Karzinome	16,5 %
Psychosen	27,6 %

Tab. 15: Die häufigsten Krankheiten, die einziges Motiv beim SV waren

Die anderen Basisprobleme, die für den SV und bei der Entstehung suizidaler Gedanken von Bedeutung waren, sind aus Tab. 16 ersichtlich.

	Suizidversuche		Suizidgedanken	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Gefühl der Nutzlosigk.	39,1	52,5	-	10,2
Krankheiten	40,1	42,2	64,3	70,1
Vereinsamung	26,1	42,5	21,4	25,1
Seelisches Leid	27,2	30,1	14,3	10,7
Eheprobleme	39,0	15,2	7,1	20,3
Familiäre Probleme	4,3	17,5	21,4	10,8
Alter	8,7	10,1	-	9,9
Sucht	4,3	5,2	7,1	-
Sexuelle Probleme	-	2,3	-	-
Angst vor Schande	1,9	2,1	-	-
Anderes	13,3	7,5	-	-
Finanzielle Sorgen	-	-	-	5,2

Tab. 16: Basisprobleme der Patienten (in %)

Aufgrund von Tabelle 16 kommt es ganz offensichtlich zu einer Verschiebung in der Reihenfolge der Basisprobleme, je nachdem, ob der alte Mensch lediglich suizidale Gedanken hat, oder ob es zu einer suizidalen Handlung kommt. Bei der Ausführung des SV treten besonders Probleme wie das Gefühl der Nutzlosigkeit und Einsamkeit in den Vordergrund.

Bei der Frage nach der Ursache der erheblichen Unterschiede in der Häufigkeit der Basisprobleme in den einzelnen Gruppen ist es sinnvoll, die Lebenssituation der Patienten näher zu erforschen. Der Familienstand erscheint uns geeignet, einen gewissen Hinweis zu geben auf die Vereinsamung im persönlichen Bereich (Tab. 17).

	Ledig	Verheiratet	Verwitwet	Gesch.
Suizidversuche	7,9	39,7	52,4	-
mit Suizidgedanken	5,9	47,0	44,4	5,9
Vergleichsgruppe				
ohne Suizidgedanken	5,2	43,9	45,7	3,5

Tab. 17: Familienstand (in %)

Der Familienstand weist keinen wesentlich höheren Anteil von Verwitweten in der Gruppe mit SV auf, was man hätte vermuten können. Es stellt sich aber die Frage, ob einem bestimmten zeitlichen Abstand vom Tod des Ehepartners eher eine suizidfördernde Wirkung zukommt. Dies trifft offensichtlich für das männliche Geschlecht zu, da bei den männlichen Suizidpatienten der Verlust der Ehefrau in fast 38 % erst bis zu 6 Monaten zurückliegt. Auch bei den Männern mit Suizidgedanken finden sich ähnliche Verhältnisse. Bei den weiblichen Patienten dagegen kommt offensichtlich dem Tod des Ehepartners keine signifikante suizidfördernde Wirkung zu (Tab. 18).

		bis 1/2 J.	bis 1 J.	2 Jahre	5 J.u.mehr
	Männer	37,5 %	-	25,1 %	37,4 %
Suizidversuche					
	Frauen	-	-	11,9 %	88,1 %
	Männer	19,8 %	20,1 %	-	60,1 %
mit Suizidgedanken					
	Frauen	-	-	18,9 %	31,1 %
Vergleichsgruppe					
	Männer	-	-	37,7 %	62,5 %
ohne Suizidgedanken					
	Frauen	4,9 %	-	12,2 %	82,9 %

Tab. 18: Zeitlicher Abstand vom Tod des Ehepartners

Probleme wie Vereinsamung und Gefühle der Nutzlosigkeit haben wesentliche weitere Ursachen in fehlenden familiären Bindungen bzw. Bindungen zur Umwelt und fehlender Erwerbstätigkeit oder überhaupt einer ausfüllenden, befriedigenden Tätigkeit.

Die entsprechenden Verhältnisse in den einzelnen Gruppen sind aus Tab. 19, 20, 21 ersichtlich, wobei bei Männern und Frauen mit SV und mit suizidalen Gedanken insbesondere die spärlichen Kontakte zur Umwelt sowie bei den Männern der entsprechenden Gruppen das häufige Fehlen einer Aufgabe auffällig sind.

	gering		normal		ausgeprägt	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Suizidversuche	39 %	24 %	23 %	18 %	38 %	58 %
mit Suizidged.	35,8 %	46,8 %	35,7 %	25,7 %	28,6 %	27,8 %
Vergleichsgruppe						
ohne Suizidged.	26,5 %	24,7 %	43,2 %	39,2	30,3	36,1 %

Tab. 19: Familiäre Bindung

	gering		normal		ausgeprägt	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Suizidversuche	68,4 %	67,3 %	15,8 %	14,8 %	15,8 %	17,9 %
mit Suizidged.	50,1 %	55,1 %	49,9 %	34,7 %	-	10,2 %
Vergleichsgruppe						
ohne Suizidged.	41,5 %	42,9 %	58,4 %	57,1 %	12,7 %	-

Tab.20: Umweltbindung

	Männer	Frauen
Suizidversuche	92,3 %	65,2 %
mit Suizidgedanken	71,4 %	65,1 %
Vergleichsgruppe		
ohne Suizidgedanken	62,3 %	55,6 %

Tab. 21: Keine Aufgabe mehr

Bei der Frage nach den Wohnverhältnissen hat sich kein Unterschied zwischen Suizidpatienten und Vergleichspatienten ergeben. Insbesondere war in keiner der Gruppen der Anteil der Heimbewohner besonders hoch. Die den Patienten monatlich durchschnittlich zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel ließen ebenfalls keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Gruppen erkennen. Sie betrugen bei allen Gruppen gleich bei ca. 20 % 400-800,-- DM, bei etwa 70 % über 800,-- DM und bei etwa 10 % über 1.500,-- DM. Beim Selbstmordversuch Jugendlicher kommt der Sozialentwicklung eine besondere Bedeutung zu. Wir haben diese deshalb anhand verschiedener Kriterien, wie ungestörtem, harmonischem familiärem Milieu, zumindestens ausreichenden materiellen Verhältnissen und Bildungsmöglichkeiten, auch bei unseren alten Patienten untersucht. Es haben sich dabei zwischen den Suizidpatienten und der Vergleichsgruppe erwartungsgemäß keine bedeutungsvollen Unterschiede aufzeigen lassen, wie auch aus entsprechenden Untersuchungen anderer Autoren hervorgeht (14,21). Auch für den Bereich partnerschaftlicher Beziehungen, in dem wiederum beim SV Jugendlicher unglückliche oder gescheiterte Ehen eine wichtige Rolle spielen, ließen sich in unserem Patientengut keine unterschiedlichen Verhältnisse zwischen Suizidanten und Nichtsuizidanten nachweisen.

BEWERTUNG DER ERGEBNISSE

Bei der Frage der Bedeutung der Krankheit im suizidalen Geschehen des Alters ist zunächst zu klären, ob die alten Suizidpatienten aufgrund der Vielzahl ihrer Erkrankungen suizidal werden. Ausgehend davon, daß wir unsere Suizidpatienten mit einer ausgewählten, durch eine hohe Multimorbidität charakterisierten Patientengruppe verglichen haben, läßt sich eine derartige Vermutung eindeutig widerlegen. Wäre nämlich eine Vielzahl von Krankheiten suizidfördernd, so müßte man ja bei den Suizidpatienten eine stärkere Multimorbidität finden als bei den Vergleichspatienten. Sie ist jedoch bei den Patienten mit Suizidversuchen viel geringer als bei den übrigen Patienten (s. Abb. 3).

Da sich aber bei der Untersuchung herausgestellt hat, daß der Krankheit im suizidalen Geschehen bei älteren Menschen eine doch wesentliche Bedeutung zukommt - sie wurde ja von 40,1 % der Männer und 42,2 % der Frauen mit SV und sogar 64,3 % bzw. 70,1 % der Patienten mit suizidalen Gedanken als ein Basisproblem angegeben -, liegt offensichtlich nicht in der Anzahl, aber in der Art und Intensität der Erkrankungen ein für den Alterssuizid wesentliches Moment. Diese Vermutung wird durch Tabelle 4 bestätigt. Hier sind bei den Patienten mit SV bzw. Suizidgedanken chronisch-schmerzhaftes Erkrankungen des Bewegungsapparates wesentlich häufiger als bei den übrigen Patienten der Vergleichsgruppe. 24 % der Männer und 31,6 % der Frauen mit Selbstmordversuchen und 14,2 % bzw. 44,8 % der Untersuchten mit Suizidgedanken leiden unter entsprechenden Krankheiten, während die Patienten der

Vergleichsgruppe ohne Selbstmordgedanken nur zu 9,4 % bzw. 29,2 % davon betroffen sind.

Überwiegend depressiv gefärbte Psychosen sind in der Patienten-
gruppe mit SV ebenfalls überdurchschnittlich häufig vertreten,
nämlich mit 8,6 und 18,4 % gegenüber ca. 3 % in der Vergleichs-
gruppe.

Dagegen kommt unmittelbar lebensbedrohlichen Erkrankungen, wie
z.B. apoplektischen Insulten, schweren dekompensierten Herzinsuf-
fizienzen, und ausgeprägten Herzrhythmusstörungen, die sich etwa
gleich häufig in den einzelnen Gruppen finden, keine signifikan-
te Bedeutung im suizidalen Geschehen des Alters zu. Es ist je-
doch anzunehmen, daß ein Teil der Patienten mit den genannten
Erkrankungen zu einer Suizidhandlung nicht in der Lage ist, ob-
wohl er suizidale Tendenzen hat.

Somatische Erkrankungen wie die allgemeine Arteriosklerose, die
Herzinsuffizienz, der Diabetes mellitus und die Hypertonie, sind
offensichtlich ebenfalls ohne wesentlichen fördernden Einfluß
auf den Suizid alter Menschen. Zwar wird ihnen von einigen Au-
toren eine wichtige Rolle beim Altersselbstmord zugeschrieben
(5).

Über eine zerebrale Hypoxidose sollen sie zu psychischen Aus-
fallerscheinungen und damit zu einer Abnahme der Toleranz ge-
genüber Konfliktsituationen führen. Wir konnten derartige Zu-
sammenhänge bei unserem Patientengut nicht finden, da doch an-
zunehmen ist, daß sich sonst bei unseren Suizidpatienten ein
höherer Prozentsatz derartiger Störungen hätte nachweisen las-
sen müssen, die zu einer zerebralen Hypoxidose im obengenan-
ten Sinne führen. Die Herzinsuffizienz beispielsweise ist bei

den Suizidpatienten nur bei 16,1 % bzw. 15,8 % vertreten, bei den Vergleichspatienten jedoch bei 44,4 % bis 56,6 %.

Wir möchten daher aus dem bisher Gesagten folgern, daß offensichtlich nur den chronisch-schmerzhaften Erkrankungen und den Psychosen eine besondere Bedeutung im suizidalen Geschehen des Alters zukommt.

Hinsichtlich der Intensität der Erkrankungen, die wir anhand der unmittelbaren Lebensgefährlichkeit, dem Ausmaß der krankheitsbedingten Hilflosigkeit, der Anzahl der Krankenhausaufenthalte sowie des Anteils chronisch-schmerzhafter Erkrankungen überprüft haben, zeigte sich, daß lediglich der Anteil chronisch-schmerzhafter Krankheiten bei den Suizidpatienten am größten war und sich somit suizidfördernd auswirken dürfte.

Dieses Ergebnis läßt sich auch in Einklang bringen mit dem höheren Anteil an Erkrankungen des Bewegungsapparates bei den Patienten mit Suizidversuchen. Die Häufigkeit von stationären Behandlungen in psychiatrischen Kliniken bei den Patienten mit SV entspricht dem überdurchschnittlich hohen Anteil an Psychosen in dieser Gruppe. Die im Rahmen der Multimorbidität festgestellte größere Häufigkeit von Arthrosen und Psychosen bei den Patienten mit Selbstmordversuchen und -gedanken (Tab. 4) erfährt eine deutliche Zunahme, wenn die Krankheit das alleinige bzw. ein Motiv unter anderen für Suizidversuch oder Suizidgedanken ist. (Tab. 9). Wir finden nun bei etwa 50 % der entsprechenden Patienten Erkrankungen des Bewegungsapparates, während sie bei denen, für die Krankheit keine Rolle als Motiv spielt, mit 18,6 % auch nur so häufig

ist wie bei den Untersuchten ohne jegliche Suizidneigung. Als deutlicher Ausdruck für die Bedeutung von Schmerzen, insbesondere von mit starker Angst einhergehenden Schmerzen bei suizidalen Handlungen alter Menschen findet sich jetzt auch ein erheblich vermehrter Anteil von Angina pectoris bei der Patientengruppe mit Krankheit als einzigem Motiv für Selbstmordversuch bzw. -gedanken. Es scheint, daß der unerträgliche und sich wiederholende Schmerz für das betroffene Individuum eine weitaus stärkere Belastung darstellt als die tödliche Krankheit an sich.

Die Patienten mit Psychosen sind in der Gruppe, die Krankheit als alleiniges Suizidmotiv angibt und der, für die sie als Motiv keine Rolle spielt, gleichmäßig vertreten. Wir führen dies auf die unterschiedliche Krankheitseinsicht zurück, von der abhängig ist, ob die Depression selbst oder nur die aus ihr resultierenden Probleme als Suizidmotiv benannt werden können.

Als Ergebnis der bisherigen Ausführungen läßt sich festhalten, daß die Bedeutung von Krankheiten im suizidalen Geschehen des Alters sich im wesentlichen auf Erkrankungen des Bewegungsapparats und schwere Formen von Angina pectoris im Sinne chronisch-schmerzhafter Erkrankungen sowie auf depressive Psychosen beschränkt.

Der großen Bedeutung, welche Krankheiten im suizidalen Geschehen des Alters zweifellos zukommt - für 40,1 % der männlichen und 42,2 % der weiblichen Suizidanten war sie ja ein wesentliches Basisproblem - stehen doch verschiedenste andere Probleme

me gegenüber, die vor allem dann eine gewichtige Rolle spielen, wenn es zur Ausführung der suizidalen Handlung kommt, wo nur noch bei 12,2 % aller Männer und 10,5 % aller Frauen mit Suizidversuchen die Krankheit allein suizidauslösend wirkt.

So ist es erforderlich, daß wir den anderen Problemen im Rahmen einer Untersuchung der Bedeutung der Krankheit für den Altersselbstmord ebenfalls Aufmerksamkeit schenken.

Organisch nicht begründbare funktionelle Störungen spielen im suizidalen Geschehen eine große Rolle. Diese Beschwerden können ebenso quälend sein und oft weniger beeinflußbar, als organisch begründete Leiden und sind stärker als diese Ausdruck einer tiefgehenden Störung des gesamten körperlich-seelischen Gefüges. Im Alter wird man mit der Diagnose vegetative Störung nur sehr vorsichtig umgehen dürfen. Nur zu oft verbirgt sich hinter hartnäckigen Kopfschmerzen eine Hypertonie, oder sie sind Ausdruck einer mehr oder weniger ausgeprägten Cerebralgefäßsklerose. Cerebrale Durchblutungsstörungen oder Herzinsuffizienz verursachen Schlaflosigkeit, Müdigkeit oder Antriebslosigkeit, bzw. können zunehmende Teilnahmslosigkeit oder aufkommende Nervenschwäche Ausdruck einer sich entwickelnden Altersdepression sein.

Auch wenn Patienten mit entsprechenden psychiatrischen Diagnosen ausgeklammert werden, läßt sich anhand unserer Untersuchung doch eindeutig feststellen, daß von "vegetativen" Störungen wie Schlaflosigkeit, Nervenschwäche, Angstzuständen und Störungen des Bewegungsapparats die Patienten mit SV am stärksten betroffen sind (Tab.10).

Bei ihnen ist die durchschnittliche Anzahl derartiger Störungen 2-3 mal so hoch wie bei gleichaltrigen Patienten ohne Suizidgefährdung, wobei besonders vermerkt werden muß, daß wiederum gerade bei diesen Patienten ohne Suizidversuch bzw. -gedanken das organische Substrat für derartige Störungen erheblich ausgeprägter vorhanden ist als bei den Patienten mit SV (Tab. 4). Man muß daher annehmen, daß beim Alterssuizid psychopathologische Persönlichkeitsmerkmale eine nicht unwesentliche Rolle spielen, was ja wiederum auch in den psychiatrischen Diagnosen zum Ausdruck kommt (Tab. 5).

Die Häufigkeit von Kopfschmerzen war bei allen Patientengruppen etwa gleich groß, so daß diese Störung nicht als charakteristisch für suizidgefährdete ältere Menschen gelten kann, während der Schlaflosigkeit, der allgemeinen Nervenschwäche und Angstzuständen hierbei eine besondere Bedeutung zukommt.

Die starke Gestörtheit im körperlich-seelischen Empfinden bei den Patienten mit Suizidversuchen und -gedanken drückt sich auch in der Häufigkeit aus, mit der Schmerz-, Beruhigungs- und Schlafmittel benötigt werden, (Tab. 13), wobei die Frauen entsprechend den vermehrt vorhandenen Störungen einen besonders hohen Verbrauch dieser Mittel aufweisen.

Trotz der Häufung funktioneller Beschwerden bei den Suizidpatienten spielen diese als eigentliche Suizidmotive eine zu vernachlässigende Rolle. Sie standen nur bei zwei Patientinnen im Vordergrund des suizidalen Geschehens. Bei den suizid auslösenden Erkrankungen handelt es sich vielmehr um echte organische Leiden, wobei man jedoch annehmen muß, daß diese durch die funktionellen Störungen verstärkt werden in ihrer

belastenden Wirkung auf den Betroffenen.

Aufgrund der vorausgegangenen Ausführungen läßt sich also feststellen, daß ein deutlicher Zusammenhang zwischen Krankheit und dem Alterssuizid besteht, ihre Bedeutung aber auch nicht überschätzt werden darf. Vielmehr sehen wir, daß sie, nachdem sie sozusagen bei der Entstehung suizidaler Gedanken bzw. in der präsuizidalen Phase ganz wesentliche Bedeutung hatte, dann aber beim echten SV durch eine Reihe anderer Probleme aus ihrer führenden Rolle verdrängt wird und beim alten Menschen erst im Zusammenspiel mit diesen anderen Faktoren zum eigentlichen Suizidversuch führt. (Abb. 2). Wie aus Tab. 16 hervorgeht, kommt dabei Problemen wie der Vereinsamung und sozialer Isolation, dem Gefühl der Nutzlosigkeit und seelischem Leid eine ganz besondere Bedeutung beim Alterssuizid zu.

Das Gefühl der Nutzlosigkeit besteht bei fast 40 % der Männer und 52 % der Frauen mit SV, wobei die Frage nach einer lebensfüllenden Tätigkeit auffallenderweise sogar von über 90 % der Männer mit SV negativ beantwortet wurde, während es bei den Frauen mit SV 65 % waren. Diese Diskrepanz zwischen dem Gefühl der Nutzlosigkeit auf der einen Seite und dem Fehlen einer Aufgabe auf der anderen Seite, die zwischen Männern und Frauen zum Ausdruck kommt, kann man wohl am ehesten dadurch erklären, daß beim Mann mit Wegfallen des Berufes zwar häufig die wesentliche Aufgabe entfällt, aber doch noch einige Gelegenheiten der nutzbringenden Betätigung verbleiben, während die Frau zwar relativ häufig angibt, in ihrem Haushalt noch eine Aufgabe zu haben, sich jedoch im Innersten davon nicht ausgefüllt fühlt, zumal,

wenn sie nur noch sich selbst zu versorgen hat.

Für die Vereinsamung und soziale Isolierung sind verschiedene Kriterien maßgebend. Was den Familienstand betrifft, ist der Anteil der verwitweten Personen bei den Suizidpatienten nur unwesentlich größer als in der Vergleichsgruppe (Tab.17); dagegen lassen sich bei der Untersuchung des zeitlichen Abstandes zwischen dem SV bzw. dem Zeitpunkt des Interviews und dem Tod des Ehepartners deutliche Unterschiede aufzeigen (Tab. 18), insbesondere bei den männlichen Suizidanten. Bei fast 38 % von ihnen liegt der Verlust der Ehefrau erst höchstens ein halbes Jahr zurück. Unseres Erachtens drückt sich hier nicht eine besonders starke Trauer bzw. ein übermäßiges seelisches Leid aus, sondern die Suizidhäufigkeit nach dem Tod der Ehefrau dürfte wohl mehr durch die Hilflosigkeit des Mannes in den Dingen des täglichen Lebens bedingt sein, die kurz nach der Verwitwung relativ groß ist und mit zunehmender Anpassung an die ungewohnte Selbstversorgung geringer wird. Für die Frauen, für die offensichtlich in diesem Zusammenhang keine neuen Probleme entstehen, läßt sich eine verstärkte Selbstmordgefährdung kurz nach dem Tod des Mannes nicht nachweisen. Die Vereinsamung der Suizidpatienten drückt sich also weniger im Familienstand aus, als vielmehr, was den Mann angeht, eher in der sehr kurzen Witwerzeit.

Insgesamt wird das Gefühl der Vereinsamung von den weiblichen Suizidpatienten häufiger angegeben als von den männlichen. Dies dürfte in Zusammenhang stehen mit den ebenfalls wesentlich häufigeren familiären Problemen, die etwa 4 mal so oft vorkommen wie bei den Männern und eine Vereinsamung der Frau inner-

halb der Familie bedingen können.

Die Vereinsamung als Ausdruck sozialer Isolierung kommt in erster Linie in vermindertem Kontakt zur Umwelt zum Ausdruck (Tab. 20). Dazu zählt auch der von uns festgestellte erheblich höhere Anteil an Frührentnern bei den Suizidpatienten, nämlich 35 % gegenüber 23 % bei den Patienten der Vergleichsgruppe. Umgekehrt finden sich bei den Patienten ohne Suizidgefährdung viele, die über die gesetzliche Altersgrenze z.T. weit hinaus berufstätig gewesen sind. Diese Gruppe fehlt bei den Suizidpatienten.

Wohnverhältnisse und finanzielle Sorgen haben sich in unserem Patientengut als bedeutungslos für das suizidale Geschehen im Alter erwiesen. Demnach ist in den Dingen der materiellen Versorgung unsere Gesellschaft den älteren Mitbürgern nichts Wesentliches schuldig geblieben, was sich aber für die Frage der sozialen Integration leider nicht sagen läßt.

Die Häufigkeit, mit der insbesondere von Männern Eheprobleme als ein Suizidmotiv angegeben werden, deutet auf eine geringere Toleranz des Mannes gegenüber partnerschaftlichen Konflikten hin und ist unter Umständen auch in Zusammenhang zu bringen mit dem besonders häufigen Fehlen einer Aufgabe beim Mann, dessen Unzufriedenheit sich dann in Spannungen mit der Ehefrau äußert. Das Basisproblem "seelisches Leid" beinhaltet nicht nur den Tod des Ehepartners, sondern noch verschiedene Konflikte im häuslichen, nachbarschaftlichen und freundschaftlichen Bereich. Es spielt bei Männern und Frauen etwa die gleiche Rolle als Suizidmotiv.

Dem Alter an sich kommt für den Altersselbstmord gar keine we-

sentliche Bedeutung zu. Es wird demnach überwiegend erst beim Auftreten erheblicher Belastungsmomente zu einer problematischen Lebensstufe.

Umstände und Erfahrungen des früheren Lebens, wie Erziehungs-, Bildungs- und Wohnverhältnisse, die für den Suizid Jugendlicher von großer Bedeutung sind, spielen nach unserer Untersuchung für den Alterssuizid keine Rolle, sondern die entscheidenden Faktoren für seine Entstehung sind in den späten Erwachsenenjahren zu suchen. Auch sich schon früher manifestierende Störungen im zwischenmenschlichen Bereich, wie z. B. gescheiterte oder unglückliche Ehen finden sich weder bei Männern noch bei Frauen mit SV häufiger als in der Vergleichsgruppe. Die im Alter so häufig auftretende Vereinsamung und damit verbundene Suizidgefährdung knüpft also nicht an schon bestehende soziale Störungen an, sondern muß mehr altersspezifische Gründe haben, wie Ausscheiden aus dem Berufsleben, Tod von Ehepartner und Freunden, krankheitsbedingte Bindung an das Haus und altersbedingt abnehmende Fähigkeit zum Aufbau neuer Beziehungen.

SCHLUSSBETRACHTUNG

In der gesamten Menschheitsgeschichte haben Krankheiten stets eine wesentliche Rolle beim Altersselbstmord gespielt. Soweit aus den geschichtlichen Überlieferungen hervorgeht, waren Siechtum und schwere Krankheiten häufig einziges Motiv für den selbstgewählten Tod eines alten Menschen. Demgegenüber zeigt sich für unsere Zeit eine erhebliche Verschiebung in den Motiven für den Alterssuizid, denn zur Auslösung der suizidalen Handlung treten heute Probleme hinzu, die früher aufgrund der andersartigen Gesellschaftsstruktur keine Rolle gespielt haben. Dies sind insbesondere Vereinsamung und soziale Isolation sowie das Gefühl, nicht mehr gebraucht zu werden, überflüssig zu sein.

Das Motiv Krankheit ist nur dann noch von hervorragender Bedeutung als einziges Problem, wenn wir alte Menschen betrachten, die sich lediglich in Gedanken mit dem Selbstmord befassen. Bei den Patienten, die tatsächlich einen SV unternehmen, treten obengenannte Probleme in den Vordergrund und geben der Krankheit nur noch den Platz eines zusätzlichen suizidfördernden Faktors.

Krankheiten, die auch beim SV noch als einziges Motiv erscheinen, sind in unserem Patientenquart neben schweren endogenen Depressionen vor allem organische Krankheiten, die mit starken und langwierigen Schmerzzuständen einhergehen, wie Karzinome in späteren Stadien, fortgeschrittene degenerative Erkrankungen des Bewegungsapparats und auch Angina pectoris.

Die gleichen Erkrankungen spielen auch eine wesentliche Rolle, wenn der ältere Suizidant seine Krankheit als nur eines seiner Suizidmotive angibt. Meist ist die Toleranz des alten Menschen für seine körperlichen Gebrechen jedoch erstaunlich groß. Zum Erlöschen des Lebenswillens kommt es meist erst, wenn grundlegende menschliche Bedürfnisse, wie die nach befriedigenden menschlichen Beziehungen, sozialer Eingliederung und sinnvoller Betätigung zusätzlich langdauernd unerfüllt bleiben.

Wenn es darum geht, aus unserer Untersuchung prophylaktische Schlußfolgerungen zu ziehen, muß gewiß das Bestreben dahin gehen, diejenigen Krankheiten, die die Suizidhäufigkeit in Alter beeinflussen können, nämlich Malignome, die verschiedensten degenerativen Erkrankungen des Bewegungsapparats sowie die Angina pectoris, in ihrer Entstehung zu bekämpfen und bei bereits ausgeprägten Veränderungen auch eine möglichst nebenwirkungsarme Schmerztherapie durchzuführen.

Ferner ist die Verhütung aller zur Frühinvalidisierung führenden Krankheiten eine Forderung der Prophylaxe des Alterselbstmordes. Viel wesentlicher für die entscheidende Eindämmung des Alterssuizids ist jedoch die Integration des älteren Mitbürgers in unsere heutige Gesellschaft.

Die früher Geborgenheit und eine Aufgabe verleihende Großfamilie, der geachtete Platz als Träger der familiären, beruflichen und Standestradiation sind dem alten Menschen unserer Zeit verlorengegangen. Neue Aufgaben müssen gefunden werden, in denen der bejahrte Mitbürger seine Lebenserfahrung, seine beruflichen und menschlichen Qualitäten unabhängig vom Lei-

stungsdruck, der den Arbeits- und Lebensstil unserer auf Jugend und Aktivität ausgerichteten Zeit weitgehend bestimmt, einbringen kann.

Im Arbeitsleben sollte die Einrichtung der flexiblen Altersgrenze nicht nur nach unten, sondern auch nach oben angestrebt werden. Von großer Bedeutung für den Selbstmord alter Menschen sind seelische Depressionen. Wieweit diese primär vorhanden oder als Folge der sozialen Isolation zu deuten sind, ist im Rahmen dieser Untersuchung nicht zu klären. Jedenfalls ist hier eine rechtzeitige Erkennung und Behandlung notwendig, z.B. in Form von Beschäftigungstherapie. Denkbar wäre u.a. auch der Einsatz älterer Frauen bei der gelegentlichen Betreuung von Kindern überlasteter Eltern.

Nicht alle Momente der Prophylaxe des Altersselbstmordes werden im Rahmen organisierter staatlicher Aktionen durchführbar sein. Die Initiative von Privatpersonen kommt ebenfalls große Bedeutung zu, z.B. beim Besuch und der praktischen Unterstützung verwitweter alter Männer kurz nach dem Tod der Frau, da diese ja besonders suizidgefährdet sind.

Bei der Durchführung unserer Untersuchung haben sich bezüglich der Aufgeschlossenheit der alten Menschen für persönliches Gespräch und die Arbeit an ihrer Problematik durchweg für die Verhütung des Alterssuizids günstige Voraussetzungen gezeigt, die nicht ungenutzt bleiben sollten.

Abbildung 1

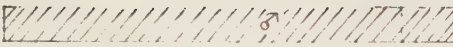


Das Patientengut, geschlechtsdifferenziert

Abbildung 2

Krankheit als alleiniges Problem

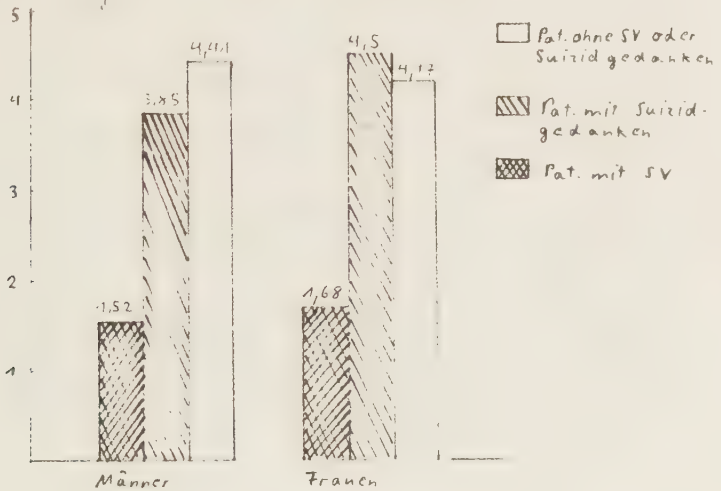
Krankheit als Problem unter anderen



Bedeutung der Krankheit als alleiniges Problem sowie als Problem u.a. bei Patienten mit SV (hatched) und bei Patienten mit Suizidgedanken (diagonally hatched)

Durchschnittliche Anzahl der Erkrankungen

Abbildung 3



Die durchschnittliche Multimorbidität der Patientengruppen

- 1 Amelunxen, Clemens, Der Selbstmord, Hamburg 1962
- 2 Batchelor, J.R.G., M.B. Napier. Attempted Suicide in Old Age, British Medical Journal, Nov.28, 1953 II.
- 3 Bibel, die, Hiob 2: 9,10
- 4 Böcker, Felix, Suizide und Suizidversuche. Stuttgart 1973
- 5 Böcker, Felix, Suizidhandlungen alter Menschen. Münch. med. Wschr. 117(1975) Nr. 6, S. 201 - 204
- 6 Bohannan, Paul, et al., African Homicide and Suicide. Princeton, Princeton University Press, 1960
- 7 Burston, G.R., Self-Poisoning in Elderly Patients. Geront. clin. 11: 279 - 289 (1969)
- 8 Dublin, Louis J., Suicide, A Soziological and Statistical Study. The Ronald Press Company, New York, 1963
- 9 Gaupp, R., Ueber den Selbstmord. Zweite vermehrte Auflage, München, 1910
- 10 Geiger, Karl August. Der Selbstmord im klassischen Altertum, Historisch-kritische Abhandlung, Augsburg, 1888
- 11 Gruhle, H.W., Selbstmord, Leipzig 1940
- 12 Hagebuchner, K., Der Selbstmord des alten Menschen. Mat. med. Nordmark, Wissenschaftl. Beibl. Nr. 58 (1967)
- 13 Hausmann, Ch., R. Albert, H. Kayser. Suizidversuch. Psychiatrische Untersuchung bei 820 Frauen. Dtsch. med. Wschr. 93 (1968), 1883
- 14 Hedri, A., Selbstmord im höheren Alter, Schweiz, Arch. Neurochir. Psychiat. 100 (1968)
- 15 Hildebrandt, E., J. Wagner. In: Schwerpunkte in der Geriatrie 2, Hrsg. R. Schubert u. A. Störmer, München-Gräfelfing 1973
- 16 Kalmins, 7. Analyse von 2215 Suizidversuchen Erwachsener. Diss. Hamburg 1963
- 17 Kirchenlexikon (ev.), Bd. III, 1959
- 18 Kraas, E., H.P. Schuster, P.Baum, H.Schönborn, W. Poeplan, H.Ch. Brodersen. Suizidversuche durch Vergiftung bei alten Menschen. Med. Klin. 66 (1971), Nr. 48, S. 1653 - 1660
- 19 Morus, Thomas, Utopia, 1516
- 20 Pauly, Der Kleine. Lexikon der Antike. Bd. V, München 1975
- 21 Schaub, Hans. Selbstmord und Selbstmordversuch im höheren Lebensalter. Diss. Basel 1955
- 22 Schubert, R., O. Lindner. Krankheitseinheiten in der Geriatrie. Sonderdruck aus "Computer unterstützte ärztliche Diagnostik" Hrsg. H.J. Lange u. G. Wagner, New York - Stuttgart 1973
- 23 Schubert, R., H.L. Staudacher. Erfahrungen an einer zentralisierten Entgiftungsstation. Dtsch.med. Wschr. 92 (1967) 386
- 24 Siegmund, G. Selbstmordgefährdung alter Menschen, Geriatrie 5,1 (1975), 8-12
- 25 Steinmetz, S.a., Suicide Among Primitive Peoples, American Anthropologist, Vol. VII, pp. 53-60, January 1894
- 26 Stengel, E., Selbstmord und Selbstmordversuche. Stuttg. 1969
- 27 Summa, J.-D., J. Füsgen. Der Alterssuizid in Nürnberg, Aspekte soziologischer Forschung, Sonderdruck Nürnberg 1976
- 28 Westermarck, Edward. Origin and Development of the Moral Ideas London 1908, Vol. II, pp. 229 - 264

LEBENS LAUF

Ich, Johanna Elwitz, wurde am 30.9.1949 in Jössen/Minden als fünftes Kind des Lehrers Dr. Siegfried Elwitz und seiner Ehefrau Sigrid, geb. Oehrn, geboren.

Nach unserem Umzug nach Werne a.d. Lippe begann ich 1956 dort mit dem Besuch der Volksschule, den ich nach einem weiteren Umzug in Bonn fortsetzte.

Von 1960 bis 1968 besuchte ich zunächst in Bonn die Clara-Schumann-Schule, ein neusprachliches Gymnasium mit humanistischem Zweig, dann das neugegründete neusprachliche Gymnasium in Bonn-Röttgen. Dort bestand ich auch die Reifeprüfung.

Mit dem Wintersemester 1968/69 nahm ich an der Bonner Universität das Medizinstudium auf. Nach dem Physikum im Frühjahr 1971 studierte ich zwei Semester lang an der Medizinischen Akademie Lübeck. Dann ging ich nach Würzburg, wo ich im Dezember 1974 die Ärztliche Prüfung abschloß.

Die Medizinalassistentenzeit verbrachte ich am Kreiskrankenhaus Hersbruck und an der II. Med. Klinik der Städtischen Krankenanstalten Nürnberg. Ich beendete sie am 31. 7. 1976.

Johanna Elwitz

Offsetdruck-Fotodruck

J. Hogl, 8520 Erlangen, Hauptstr. 109 (Nähe Martin-Luther-Platz) Tel. 22990